

別紙3  
(様式5)

島根県定期予防接種広域化事業料金表

市町村名   ：   西ノ島町

問い合わせ先

|            |                                                       |
|------------|-------------------------------------------------------|
| 担当課名       | 健康福祉課                                                 |
| 所 在 地      | 〒684-0303                   (住所) 島根県隠岐郡西ノ島町大字美田600番地4 |
| 電話番号／F A X | (TEL) 08514-6-0104           (FAX) 08514-6-1183       |

|          | ワクチンの種類                 |         | 年齢区分               | ① 委託料（円）<br>（消費税を含む） | ② ①の委託料の中の<br>ワクチン代の有無 | ③ ②のワクチン代が別<br>の場合のワクチン料<br>金(円) | 備 考<br>（自己負担金等） | 接種不可料金（円） |
|----------|-------------------------|---------|--------------------|----------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|
| A 類      | B型肝炎                    |         | 定期予防接種対象<br>年齢に準じる | 5,700                | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 2,000     |
|          | ヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型（Hib） |         |                    | 8,400                | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 4,500     |
|          | 小児用肺炎球菌                 |         |                    | 11,400               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 7,200     |
|          | 四種混合                    |         |                    | 10,600               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 6,500     |
|          | 五種混合                    |         |                    | 19,500               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 14,600    |
|          | B C G                   |         |                    | 10,600               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 6,500     |
|          | 麻しん風しん混合（MR）            |         |                    | 8,800                | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 4,800     |
|          | 水痘                      |         |                    | 7,800                | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 3,900     |
|          | 日本脳炎                    |         |                    | 6,500                | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 2,700     |
|          | ヒトパピローマウイルス感染症<br>（HPV） | シルガード9  |                    | 26,700               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 21,100    |
|          |                         | ガーダシル   |                    | 16,700               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 12,000    |
|          | ジフテリア破傷風混合（DT）          |         |                    | 4,900                | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 1,300     |
|          | ロタウイルス感染症               |         |                    | 14,100               | ワクチン代 込                |                                  | 自己負担なし          | 9,700     |
| その他（ポリオ） |                         | 9,500   | ワクチン代 込            |                      | 自己負担なし                 | 5,500                            |                 |           |
| B 類      | インフルエンザ（高齢者）            |         |                    |                      |                        | 全額自己負担                           |                 |           |
|          | 高齢者用肺炎球菌                |         |                    |                      |                        | 全額自己負担                           |                 |           |
|          | 新型コロナウイルス感染症            |         | 未定                 | ワクチン代 込・別            |                        |                                  |                 |           |
|          | 帯状疱疹                    | ゾスタバックス | 9,300              | ワクチン代 込              |                        | 自己負担6,300円                       |                 |           |
|          |                         | シングリックス | 22,000             | ワクチン代 込              |                        | 自己負担15,000円                      |                 |           |

①医療機関からの請求締切日

接種月の翌月10日

②医療機関への委託料支払日

請求書が届き次第、すみやかに支払う